

日常生活状況の確認表

次の確認表で、必要な介護予防の取り組みを確認しましょう。

(記入日: 年 月 日)

No.	項目	はい	いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか	0	1
2	日用品の買い物をしていますか	0	1
3	預貯金の出し入れをしていますか	0	1
4	友人の家を訪ねていますか	0	1
5	家族や友人の相談にのっていますか	0	1
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0	1
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0	1
8	15分続けて歩いていますか	0	1
9	この1年間に転んだことがありますか	1	0
10	転倒に対する不安は大きいですか	1	0
11	6か月以内に2～3kg以上の体重減少がありましたか	1	0
12	BMIが20未満ですか(BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	1	0
13	半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか	1	0
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1	0
15	口の渇きが気になりますか	1	0
16	自身の歯が20本以上ありますか	0	1
17	普段の会話で言葉をはっきりと発音できないことがありますか	1	0
18	週に1回以上は外出していますか	0	1
19	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1	0
20	周りの人から「いつも同じことを聞く」などのもの忘れがあると言われますか	1	0
21	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0	1
22	今日が何月何日がわからない時がありますか	1	0

No.	項目	はい	いいえ
23	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1	0
24	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1	0
25	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じる	1	0
26	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1	0
27	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1	0

項目No.	合計点数	簡易判定（回答時点の心身の状況）	
1~22	点	10点以上の方	全般的な生活機能の低下の心配があります ⇒p10「フレイル予防」へ
6~10	点	3点以上の方	足腰の筋力の低下の心配があります ⇒p11「身体活動」へ
11・12	点	2点の方	低栄養状態の心配があります ⇒p12「栄養」へ
13~17	点	2点以上の方	口腔機能の低下の心配があります ⇒p13「口腔」へ
18・19	点	18が「いいえ」の方	閉じこもりによる社会交流や活動量の低下の心配があります ⇒p14「社会参加」へ
20~22	点	1点以上の方	認知機能の低下の心配があります ⇒p15「認知症～正しい理解をもちましょう～」へ
23~27	点	2点以上の方	こころの健康状態の心配があります ⇒p14「こころの健康」へ

確認の結果、気になる項目がありましたら、お気軽に、お住まいの地域の高齢者あんしん支援センター（P17）へご相談ください。介護予防の取り組みなどについて相談することができます。